



Datos resumidos

Paso 1: Información del cliente

Apellido: Primer nombre: Segundo nombre: Sufijo: Sexo:

Fecha de nacimiento:

Paso 2: Información del familiar

Apellido: Primer nombre: Segundo nombre: Sufijo: Sexo:

Relación con el cliente:	
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre/madre de acogida
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Amigo/vecino
<input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> No sabe/ no está seguro
<input type="checkbox"/> Otro pariente	<input type="checkbox"/> Se niega a contestar
<input type="checkbox"/> Madrastra/padrastro	
<input type="checkbox"/> Marque si es tutor legal	

Idioma:	
<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> laosiano
<input type="checkbox"/> lenguaje de señas	<input type="checkbox"/> polaco
<input type="checkbox"/> árabe	<input type="checkbox"/> portugués
<input type="checkbox"/> camboyano	<input type="checkbox"/> rumano
<input type="checkbox"/> chino (mandarín)	<input type="checkbox"/> ruso
<input type="checkbox"/> francés	<input type="checkbox"/> Somalí
<input type="checkbox"/> hindi	<input type="checkbox"/> español
<input type="checkbox"/> hmong	<input type="checkbox"/> vietnamita
<input type="checkbox"/> indonesio	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> japonés	<input type="checkbox"/> No sabe/ no está seguro
<input type="checkbox"/> coreano	<input type="checkbox"/> Se niega a contestar
Necesita un intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Paso 3: Información de dirección

Dirección postal principal:

Dirección postal principal:

Calle:	Calle:
Ciudad:	Ciudad:
Estado:	Código postal:
Estado:	Código postal:
Condado:	Condado:
Información adicional:	Información adicional:



Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Paso 4: Información de contacto

Teléfono: (____) ____-____ Tipo _____ Marque si es preferido

(____) ____-____ Tipo _____ Marque si es preferido

Correo electrónico: _____@_____ Marque si es preferido

Notas del Paso 5: _____

<p>Método de la entrevista de admisión:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Visita en el hogar<input type="checkbox"/> Visita en la oficina<input type="checkbox"/> Teléfono<input type="checkbox"/> Visita en la oficina del proveedor<input type="checkbox"/> Clínica especialista<input type="checkbox"/> Otro	<p>Nombre y título del encuestador:</p> <p>_____</p> <p>Sitio de la agencia _____</p> <p>Fecha de la entrevista: ___/___/_____</p>
--	---

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__

Preguntas 1 a 3

Tema de conversación: Cómo se mencionó con anterioridad, el objetivo de la coordinación del cuidado de salud de HCP es evaluar las necesidades de los niños y sus familias, facultar y apoyar a las familias para satisfacer y mejorar la coordinación del cuidado de Salud necesaria. Teniendo en cuenta cómo se describe la coordinación del cuidado de salud de HCP... [pase a la pregunta 1].

1. ¿ [niño/adolescente] necesita servicios de Coordinación del cuidado de salud de HCP?

Sí

No

No sabe/ No está seguro

Se niega a contestar

2. ¿En este momento hay alguien más que le proporcione servicios de coordinación del cuidado de salud para [niño/adolescente]?

Sí

No [pase a la página 4]

No sabe/ No está seguro [pase a la página 4]

Se niega a contestar [pase a la página 4]

En caso afirmativo, pregunte:

¿Quién más está proporcionando coordinación del cuidado de salud? (elija solo una opción)

Early Intervention (Intervención temprana)/Board of Community Education Services (BOCES)

Family Voices Colorado

Amigo

Hospital

Proveedor de atención médica

Otra agencia de salud pública local

Agencia privada

Escuela

Solo o un pariente

Otra entidad de la comunidad

No sabe/ No está seguro

Se niega a contestar

3. ¿El nivel de coordinación del cuidado de salud que [niño/adolescente] recibe actualmente es suficiente para satisfacer la mayoría de las necesidades de su familia o todas ellas?

Sí

No

No sabe/ No está seguro

Se niega a contestar



Entrevista de admisión para la
Coordinación del Cuidado de Salud

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Solo información:

¿La familia solicita solo información?

Sí

No

Describe la información que se le brindó a la familia (seleccione todas las opciones que correspondan):

<input type="checkbox"/> Audiología	<input type="checkbox"/> Fisioterapia/Terapia ocupacional
<input type="checkbox"/> Servicios de la comunidad	<input type="checkbox"/> Atención primaria
<input type="checkbox"/> Pruebas de desarrollo	<input type="checkbox"/> Servicios de la salud pública
<input type="checkbox"/> Asistencia financiera	<input type="checkbox"/> Escuela
<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Atención especializada
<input type="checkbox"/> Salud mental/del comportamiento	<input type="checkbox"/> Terapia del habla
<input type="checkbox"/> Nutrición	<input type="checkbox"/> Otro

Notas: _____

¿Cómo se enteró la familia acerca de HCP? (elijá solo una opción)

<input type="checkbox"/> Board of Community Education Services (BOCES) (Departamento de servicios de educación de la comunidad)	<input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica
<input type="checkbox"/> Children's Hospital Colorado (Hospital de Niños de Colorado)	<input type="checkbox"/> Otros programas de salud pública
<input type="checkbox"/> Intervención temprana	<input type="checkbox"/> Escuela
<input type="checkbox"/> Grupo de apoyo familiar	<input type="checkbox"/> Solo/miembro de la familia
<input type="checkbox"/> Amigo/vecino	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Comunidades saludables (Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT) (Programa de Detección,	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Healthy Communities (EPSDT)	<input type="checkbox"/> Se niega a contestar
<input type="checkbox"/> Servicios Humanos	

¿La familia quiere seguir con las preguntas 4 a 17 de la entrevista de admisión a la Coordinación del cuidado de salud de HCP?
___ Sí ___ No

Si elige NO, caso cerrado por: _____ Fecha: ___/___/_____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Preguntas 4 a 17

Temas de conversación/Comentarios

<p>4. ¿Actualmente tiene a alguien que considere como el médico o la enfermera personal del [niño/adolescente]?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p>	<p><i>El médico o la enfermera personal es un profesional de la salud que conoce bien al [niño/adolescente] y está familiarizado con la historia clínica del [niño/adolescente].</i></p>
<p>5. En los últimos 6 meses, ¿usted, algún médico o alguna enfermera pensó que el [niño/adolescente] debía ver a un especialista debido a su(s) afección(es)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No [pasar a la pregunta 7]</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro [pasar a la pregunta 7]</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar [pasar a la pregunta 7]</p>	<p><i>Los especialistas son médicos como genetistas, cirujanos, cardiólogos, neurólogos, alergistas o cualquier médico que se especializa en un área de atención médica.</i></p>
<p>6. ¿Tuvo algún tipo de problemas para llevar al [niño/adolescente] a ver a un especialista o proveedor de atención médica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p>	
<p>7. ¿Considera que existe una buena comunicación y buenas relaciones laborales entre las personas que brindan atención y servicios médicos?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p>	
<p>8. ¿Considera que se lo incluye en las decisiones que se toman sobre la atención del [niño/adolescente]?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p>	

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Temas de conversación/Comentarios

<p>9. Durante los últimos 6 meses, ¿el [niño/adolescente] faltó a la escuela debido a una lesión o enfermedad?</p> <p><input type="checkbox"/> sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p> <p><input type="checkbox"/> No va a la escuela</p>	
<p>Si contestó sí,</p> <p><input type="checkbox"/> 5 días o menos</p> <p><input type="checkbox"/> de 6 a 10 días</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 10 días</p>	
<p>10. Durante los últimos 6 meses, ¿el [niño/adolescente] debió acudir a una sala de emergencias?</p> <p><input type="checkbox"/> sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p>	
<p>Si contestó sí, ¿cuántas veces en los últimos 6 meses?</p> <p># _____</p>	
<p>11. ¿El [niño/adolescente] actualmente tiene un seguro de salud público o privado?</p> <p><input type="checkbox"/> sí</p> <p><input type="checkbox"/> No [pasar a la pregunta 14]</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro [pasar a la pregunta 14]</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar [pasar a la pregunta 14]</p>	
<p>12. Tipo de seguro (seleccione todas las opciones que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> CHP+</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Tricare</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p> <p>Si selecciona Medicaid, elija solo una opción::</p> <p><input type="checkbox"/> Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos Suplementarios de Seguridad (Supplementary Security Income, SSI)</p> <p><input type="checkbox"/> Directo</p> <p><input type="checkbox"/> No aplica</p>	
<p>13. ¿El seguro de salud de [niño/adolescente] es suficiente para pagar los servicios que [él/ella] necesita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí [pasar a la pregunta 15]</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p>	

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Temas de conversación/Comentarios

<p>14. ¿Está utilizando algún programa de asistencia, de descuentos o de beneficencia para poder pagar los servicios que [niño/adolescente] necesita actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p>	
<p>15. ¿Algún miembro de la familia necesita servicios de apoyo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No [pasar a la pregunta 17]</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar [pasar a la pregunta 17]</p>	<p><i>Incluye servicios como grupos educativos para la familia, grupos de apoyo familiar, servicios de relevo para cuidadores, apoyo transitorio, [incluya otros servicios de apoyo para la familia que sean específicos de su comunidad].</i></p>
<p>16. ¿Tiene algún problema para conseguir los servicios de apoyo para la familia que necesita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p>	
<p>17. ¿Necesita ayuda adicional para administrar las necesidades y los servicios de atención médica para el [niño/adolescente]?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p>	<p><i>La administración de los servicios de atención médica incluye, por ejemplo, concertar y organizar citas médicas, asegurarse de que los médicos o las enfermeras del [niño/adolescente] tengan la información médica más actualizada u organizar las citas del [niño/adolescente] con otros especialistas..</i></p>

Planes de seguimiento

Sí No La familia quiere proceder con la Coordinación del Cuidado de Salud de HCP (con plan de evaluación y acción).

- _____
- _____
- _____
- _____

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__

Determinantes sociales de la salud (Social Determinants of Health, SDOH)

Los determinantes sociales de la salud tienen un impacto en los resultados de los niños y adolescentes con necesidades especiales. Por lo tanto, es importante que HCP consiga la información del cliente relacionada con estos factores. Puede completar este formulario durante la entrevista de admisión o la evaluación.

1. Raza [del niño/adolescente]:	
<input type="checkbox"/> Caucásico/blanco	<input type="checkbox"/> Indígena americano/alasqueño
<input type="checkbox"/> Afroamericano/negro	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro
<input type="checkbox"/> De las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Se niega a contestar
2. Etnia hispana [del niño/adolescente]:	
<input type="checkbox"/> si	
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro	
<input type="checkbox"/> Se niega a contestar	
3. Casa de padre/madre soltero/a:	
<input type="checkbox"/> si	
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro	
<input type="checkbox"/> Se niega a contestar	
4. Cantidad de adultos que viven en la casa del [niño/adolescente]:	
# _____	
<input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro	
<input type="checkbox"/> Se niega a contestar	
5. Cantidad de niños que viven en la casa del [niño/adolescente]:	
# _____	
<input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro	
<input type="checkbox"/> Se niega a contestar	
6. Nivel más alto de educación alcanzado por la familia del [niño/adolescente]:	
<input type="checkbox"/> 8º grado o menos	<input type="checkbox"/> Cierta educación universitaria
<input type="checkbox"/> Cierta educación secundaria	<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad
<input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro
	<input type="checkbox"/> Se niega a contestar
7. Ingreso anual en la casa del [niño/adolescente]:	
<input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro	
<input type="checkbox"/> Se niega a contestar	
8. Rango de edad de la madre biológica [al momento del nacimiento del niño]:	
<input type="checkbox"/> 16 años o menor	
<input type="checkbox"/> 17 años o mayor	
<input type="checkbox"/> No sabe/ No está seguro	
<input type="checkbox"/> Se niega a contestar	